



# ARE-Wochenbericht des RKI

Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen  
49. Kalenderwoche (1.12. bis 7.12.2025)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen ist auf Bevölkerungsebene und im ambulanten Bereich leicht gestiegen und liegt auf einem moderaten bzw. hohen, aber nicht unüblichen Niveau. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegserkrankungen ist weiter niedrig. Parallel zu der seit mehreren Monaten anhaltenden Zirkulation von Rhinoviren und SARS-CoV-2 hat die Grippewelle gemäß RKI-Definition mit der 48. KW 2025 begonnen, das ist zwei bis drei Wochen eher als in den beiden Vorjahren. Es zirkulierten bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)- und A(H1N1)pdm09-Viren, wobei zunehmend mehr A(H3N2)-Viren nachgewiesen werden.

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) in der Bevölkerung ist in der 49. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag auf einem hohen Niveau.

Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Arztbesuche wegen ARE in der 49. KW im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls leicht gestiegen und befand sich weiterhin auf einem moderaten Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 49. KW 2025 in insgesamt 115 der 163 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (29 %), gefolgt von SARS-CoV-2 (21 %) sowie Rhinoviren (20 %). Von den 35 nachgewiesenen Influenzaviren waren 24 A(H3N2)- und elf A(H1N1)pdm09-Viren (siehe auch [Charakterisierung der Influenzaviren](#)).

Im stationären Bereich lag die Zahl schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 49. KW 2025 weiterhin auf einem niedrigen Niveau. SARI-Patientinnen und -Patienten erhielten zudem spezifische Diagnosen: 18 % Influenza-, 7 % COVID-19- und 3 % RSV-Diagnosen.

In der virologischen SARI-Surveillance des NRZ für Influenzaviren wurden in der 49. KW 2025 in fünf der 16 eingesandten Proben respiratorische Viren nachgewiesen, darunter Influenza A- und B-Viren und SARS-CoV-2.

Sowohl die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten COVID-19-Fälle, als auch die der Fälle mit Influenzavirus- bzw. RSV-Infektion sind in der 49. Meldewoche (MW) 2025 gestiegen.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG wurde in der 47. KW 2025 mit einem Anteil von 60 % weiterhin am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen.

Sowohl die Werte der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast, der RSV- sowie der Influenza A-Viruslast im Abwasser sind in den letzten Wochen angestiegen.

## Weitere Informationen zur Saison 2025/26 in Deutschland

- COVID-19, Influenza, RSV und akute Atemwegserkrankungen allgemein: [www.rki.de/are](http://www.rki.de/are)
- Alle Personen, für die die STIKO die Gripeschutzimpfung empfiehlt, sollten sich noch impfen lassen, falls dies noch nicht geschehen ist: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste\\_gesamt.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste_gesamt.html)
- Das Risiko einer Atemwegsinfektion kann (unabhängig vom Impfstatus) durch die bekannten Verhaltensweisen reduziert werden: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE\\_gesamt.html#entry\\_16790128](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#entry_16790128).
- Informationen zu aviärer Influenza A(H5N1) mit einer Orientierungshilfe für Ärzteschaft sowie einer Handreichung für Gesundheitsbehörden (Stand 3.12.2025): [www.rki.de/Zoonotische-influenza](http://www.rki.de/Zoonotische-influenza).

## Internationale ARE-Situation bei COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen

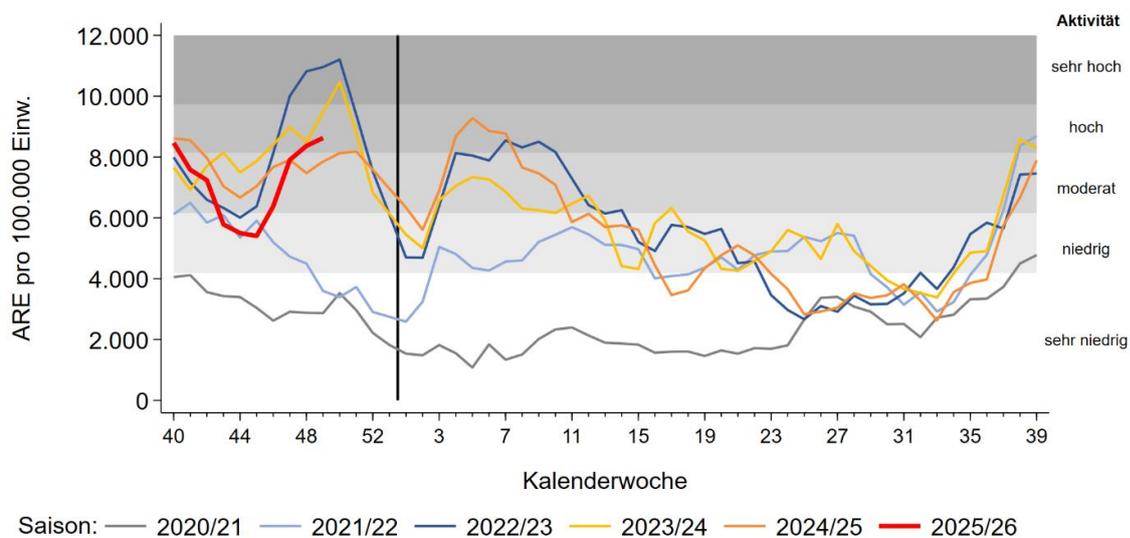
- Empfehlung des ECDC zur Grippeimpfung aufgrund der frühen Zirkulation von Influenza-Viren: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-recommends-vaccinating-without-delay-due-early-flu-circulation>
- Interaktives Dashboard mit einer wöchentlichen Bewertung der europäischen Situation: <https://erviss.org>
- WHO-Updates (globales Influenza-Update mit zusätzlichen Informationen zu COVID-19): <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

## Akute Atemwegserkrankungen – Sentinel-Surveillance

### Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel)

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE-Inzidenz) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist seit der 45. KW 2025 kontinuierlich gestiegen. Sie lag in der 49. KW 2025 bei rund 8.600 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 8.400; Abb. 1) und damit auf einem hohen Niveau. Im Vergleich zur Vorwoche sind die Werte bei den Kindern bis 14 Jahre leicht zurückgegangen, bei den Erwachsenen sind sie leicht gestiegen. Die aktuelle ARE-Inzidenz entspricht einer Gesamtzahl von etwa 7,2 Millionen neu aufgetretener akuter Atemwegserkrankungen in der 49. KW unabhängig von einem Arztbesuch.

Die geschätzte COVID-19-Inzidenz in der Bevölkerung basierend auf Angaben der GrippeWeb-Teilnehmenden ist in der 49. KW im Vergleich zur Vorwoche erneut gestiegen und lag bei rund 800 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 700).



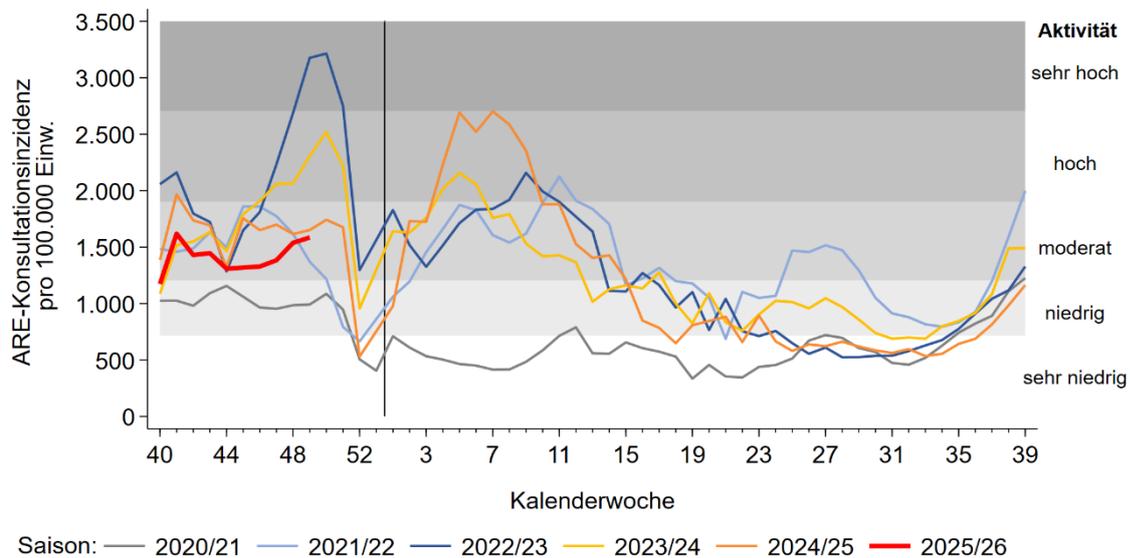
**Abb. 1:** Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 49. KW 2025). Daten von durchschnittlich etwa 12.500 Wochenmeldungen in der Saison 2025/26. In Jahren mit ausschließlich 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe [„Weitere Erläuterungen“](#) am Ende des Berichts.

Im Rahmen der zusätzlichen virologisch-mikrobiologischen Surveillance (GrippeWeb-Plus) wurden im November 2025 insgesamt 107 Proben untersucht, davon 48 von Kindern und 59 von Erwachsenen (Datenstand: 9.12.2025). In 72 Proben (67 %) konnten Atemwegserreger detektiert werden. In der Mehrzahl der Proben wurden Rhino-/Enteroviren (44 %) nachgewiesen, mit Abstand gefolgt von SARS-CoV-2 (13 %), hCoV (6 %), PIV und Influenza A-Viren (jeweils 3 %) sowie RSV, Bocaviren und Adenoviren (jeweils 1 %). Den ersten Influenza-Nachweis gab es in der 47. KW 2025.

Weitere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.rki.de/grippeweb>.

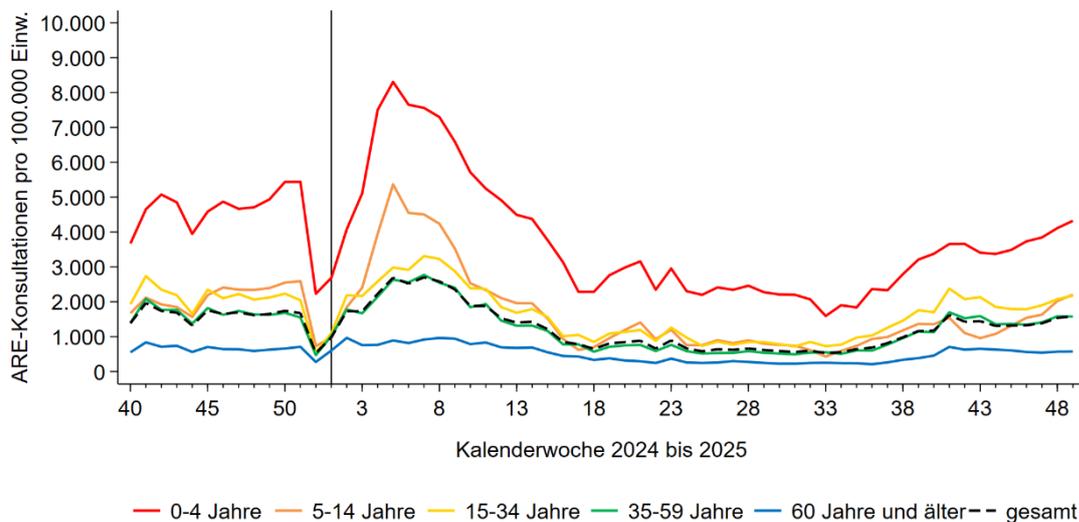
### Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel

Die ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) ist in der 49. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen und lag mit rund 1.600 Arztbesuchen wegen ARE pro 100.000 Einw. auf einem moderaten Niveau (Vorwoche: 1.500; Abb. 2). Die aktuelle ARE-Konsultationsinzidenz ergibt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen eine Gesamtzahl von etwa 1,3 Millionen Arztbesuchen in der 49. KW wegen akuter Atemwegserkrankungen.



**Abb. 2:** Werte der ARE-Konsultationsinzidenz gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 49. KW 2025). In Jahren mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Seit der Saison 2025/26 werden die ARE-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

Die Zahl der Konsultationen wegen ARE ist in der 49. KW im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern (0 bis 14 Jahre) und den jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) leicht gestiegen, in den übrigen beiden Altersgruppen sind die Werte stabil geblieben (Abb. 3).



**Abb. 3:** Werte der ARE-Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2024 bis zur 49. KW 2025 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einw. in der jeweiligen Altersgruppe. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

Die Inzidenz der ARE-Arztbesuche mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose pro 100.000 Einw., die mithilfe von Daten aus SEED<sup>ARE</sup> wöchentlich berechnet werden, ist in der 49. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag bei 41 Arztbesuchen pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 43).

Die Daten stehen als Open Data auf GitHub / Zenodo zum Download bereit (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags): <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.7221096> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/COVID-ARE-Konsultationsinzidenz>.

## Virologische Surveillance im ARE-Praxis-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

Dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren wurden in der 49. KW 2025 insgesamt 163 Sentinelproben von 63 Arztpraxen aus elf der zwölf AGI-Regionen zugesandt. Es wurden in insgesamt 115 (71 %) der 163 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert (Tab. 1; Abb. 4).

In der 49. KW 2025 zirkulierten hauptsächlich Influenza A- und B-Viren (Positivenrate (PR): 29 %; 95 %-Konfidenzintervall [22; 37]), gefolgt von SARS-CoV-2 (21 %) und Rhinoviren (20 %). Darüber hinaus wurden auch Parainfluenzaviren (PIV; 4 %), Adenoviren (4 %), humanen Metapneumoviren (hMPV; 2 %), Respiratorischen Synzytialviren (RSV; 1 %), humanen saisonalen Coronaviren (hCoV; 1 %) sowie Influenza C-Viren (1 %) nachgewiesen.

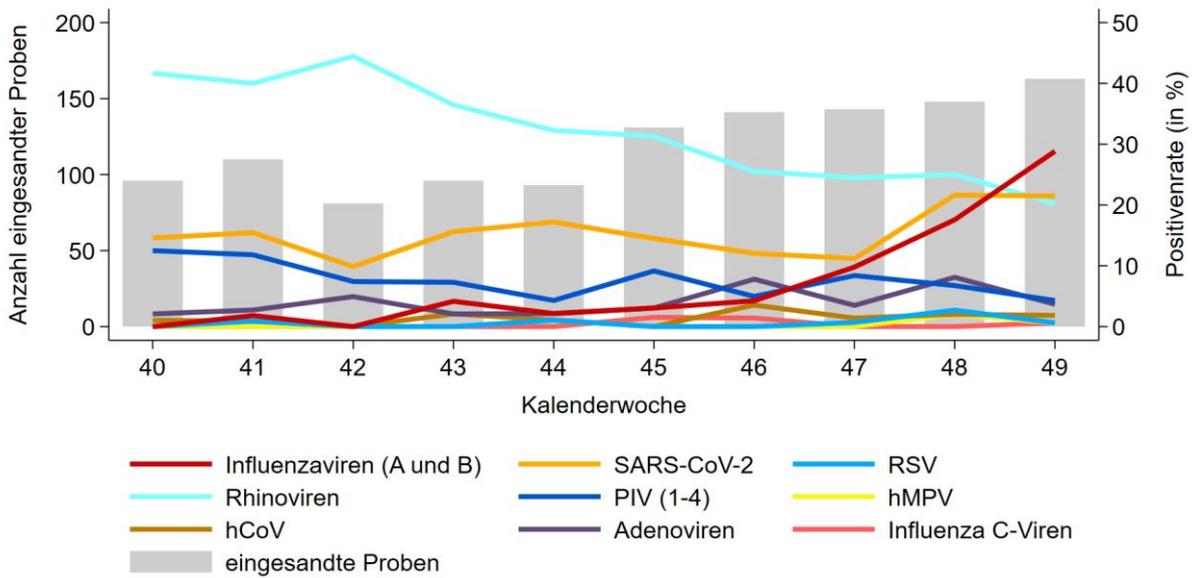
Die Influenza-Positivenrate ist in den letzten Wochen deutlich angestiegen. Der Beginn der Grippewelle auf Bevölkerungsebene orientiert sich an der Influenza-Positivenrate der virologischen Sentinelsurveillance. Nachdem in der 48. KW und 49. KW 2025 der untere Wert des 95 %-Konfidenzintervalls der Influenza-Positivenrate jeweils über 10 % lag (Konfidenzintervall [11; 25] bzw. [22; 37]), ist die RKI-Definition für den Beginn der Grippewelle ab der 48. KW 2025 erfüllt. Es zirkulieren in der Saison 2025/26 bisher hauptsächlich Influenza A(H3N2)-Viren und A(H1N1)pdm09-Viren. Dabei war in den letzten drei Wochen eine deutliche Zunahme an A(H3N2)-Viren zu beobachten (Abb. 5).

Es gab 16 Mehrfachinfektionen, hauptsächlich mit Beteiligung von Rhinoviren sowie Influenza A-Viren, in Kombination mit weiteren Viren. In einem Fall gab es eine Doppelinfektionen mit Influenzaviren und SARS-CoV-2.

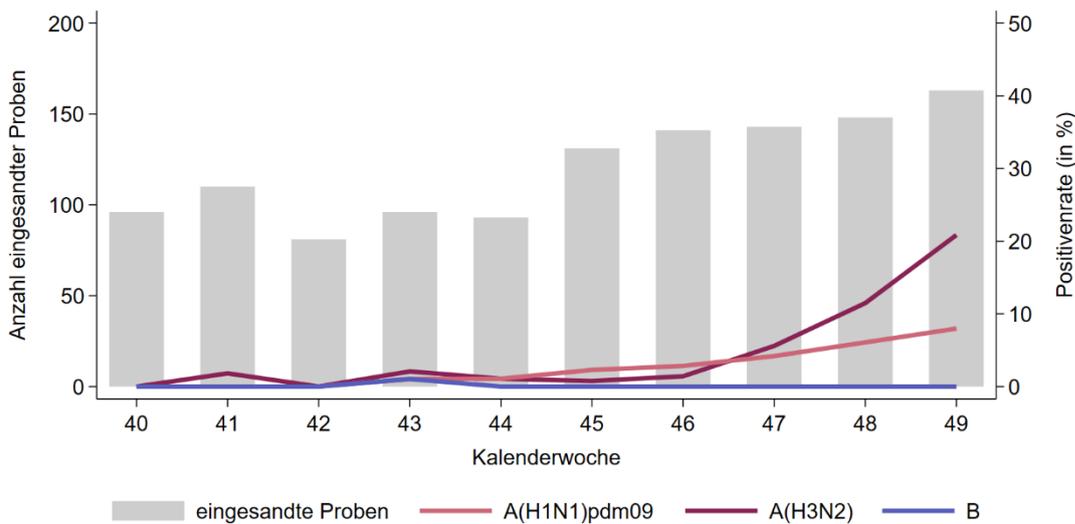
**Tab. 1:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinel im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26 (bis zur 49. KW 2025), Stand 9.12.2025.

	46. KW	47. KW	48. KW	49. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	141	143	148	163	1.202
Probenanzahl mit Virusnachweis*	73	79	109	115	752
Positivenrate (PR)	52 %	55 %	74 %	71 %	63 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0
A(H3N2)	2	8	17	34	67
A(H1N1)pdm09	4	6	9	13	37
B	0	0	0	0	1
SARS-CoV-2	17	16	32	35	189
RSV	0	1	4	1	8
hMPV	0	0	3	1	5
PIV (1 – 4)	7	12	10	7	90
Rhinoviren	36	35	37	33	367
hCoV	5	2	3	3	18
Adenoviren	11	5	12	6	51
Influenza C-Viren	2	0	0	1	5

\* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Adeno- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

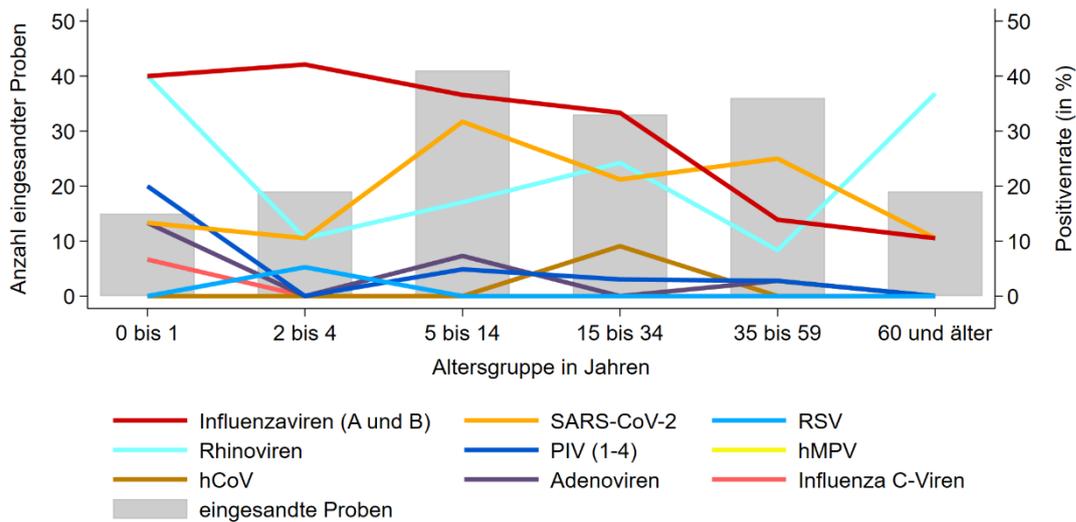


**Abb. 4:** Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 49. KW 2025.



**Abb. 5:** Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 49. KW 2025.

Influenza A- und B-Viren wurden in der 49. KW 2025 in allen Altersgruppen nachgewiesen, vorrangig bei den bis zu 34-Jährigen (Abb. 6). Rhinoviren und SARS-CoV-2 wurden ebenfalls in allen Altersgruppen detektiert. PIV wurde vorrangig bei Säuglingen nachgewiesen.



**Abb. 6:** Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinals eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in der 49. KW 2025.

Täglich aktualisierte Ergebnisse zur virologischen Surveillance für Deutschland (gesamt) und in den zwölf AGI-Regionen sind abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Diagrams.aspx>.

### Charakterisierung der Influenzaviren

Aus Proben des ARE-Praxis-Sentinals ( $n = 6$ ) und aus Proben von anderen Einsendungen ( $n = 2$ ) wurden acht Influenzaviren der Saison 2025/26 sequenziert und das Hämagglutinin (HA) genetisch analysiert. Unter den sequenzierten Influenzaviren gehörten drei zum Subtyp A(H1N1)pdm09 und fünf zum Subtyp A(H3N2): Entsprechend ECDC/WHO-Richtlinien wurden die Viren zu entsprechenden Kladen und Subkladen zugeordnet - Subtyp A(H1N1)pdm09: drei Viren Klade 5a.2a.1/Subklade D.3.1, Subtyp A(H3N2): drei Viren Klade 2a.3a.1/Subklade K sowie je ein Virus Klade 2a.3a.1/Subklade J.2.2 und Virus Klade 2a.3a.1/Subklade J.2.4.

Es wurden bisher 33 Influenza A(H3N2)- und 20 A(H1N1)pdm09-Viren in Zellkultur isoliert und auf ihre Passgenauigkeit mit den aktuellen Impfstammantiseren im Hämagglutinationshemmtest untersucht. Der A(H1N1)pdm09 Impfstamm (A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like) zeigte eine sehr gute Passgenauigkeit zu den derzeit zirkulierenden Influenza A(H1N1)pdm09-Viren. Alle Influenza A(H3N2)-Viren reagierten mit dem Impfstammantiserum (A/Croatia/10136RV/2023-like), jedoch war diese Reaktivität bei Viren der A(H3N2)-Subklade K um vier bis fünf  $\log_2$ -Stufen im Vergleich zum homologen Impfstamm reduziert.

Alle untersuchten Influenzaviren waren gegen die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir empfindlich: 13 A(H3N2) einschließlich drei Viren der Subklade K, 13 A(H1N1)pdm09 sowie ein Virus der B/Victoria-Linie.

Details sind abrufbar unter [https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen\\_2025\\_26.html?nn=16891928](https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2025_26.html?nn=16891928).

Die reduzierte Reaktivität der A(H3N2)-Viren kann darauf hindeuten, dass in dieser Saison bei Influenza A(H3N2)-Viren der Subklade K der Schutz vor einer Infektion nach der Gripeschutzimpfung etwas verkürzt sein könnte, vor allem bei jüngeren Personen, die noch nicht so viele Antigenkontakte hatten. Es wird erwartet, dass der Grippeimpfstoff jedoch weiterhin Schutz vor schweren Erkrankungen bietet (siehe auch: [Frühe Impfeffektivitätsschätzungen aus England](#)).

Sofern noch nicht geschehen, sollten sich alle Personen, für die die STIKO die Gripeschutzimpfung empfiehlt, noch impfen lassen: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste\\_gesamt.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/Influenza/FAQ-Liste_gesamt.html)

Weitere Informationen zu Leistungen des NRZ für Influenzaviren sind abrufbar unter: [www.rki.de/nrz-influenza](http://www.rki.de/nrz-influenza).

## Übersicht zu SARS-CoV-2-Varianten (Integrierte Genomische Surveillance, IGS)

Für die 47. KW 2025 stehen aktuell 78 SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzen für die Analyse der Variantenanteile zur Verfügung (Stand 9.12.2025).

Die rekombinante Linie XFG wurde einschließlich ihrer Sublinien mit einem Anteil von 60 % (46. KW 2025: 71 %) weiterhin am häufigsten unter allen als VOI oder VUM eingestuften SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Die rekombinante Linie NB.1.8.1 (inklusive ihrer Sublinien) folgt mit einem Anteil von 29 % (46. KW 2025: 22 %). Die seit dem 5.12.2025 von der WHO separat als VUM eingestufte Linie BA.3.2 (einschließlich ihrer Sublinien BA.3.2.1 und BA.3.2.2) wurde in der 47. KW mit einem Anteil von 9 % nachgewiesen (46. KW 2025: 1 %). Im Vergleich zur übergeordneten Variante BA.3 sowie zu den derzeit in Deutschland vorherrschenden SARS-CoV-2-Linien verfügt BA.3.2 (inklusive Sublinien) über zahlreiche Aminosäureaustausche und mehrere Aminosäuredeletionen.

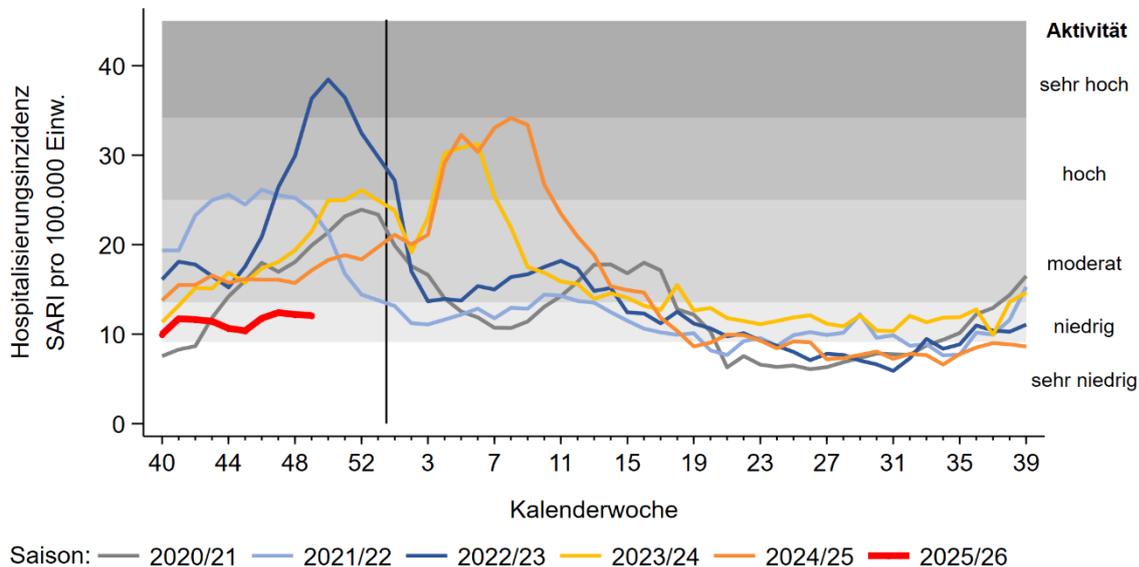
In Deutschland wird für die öffentliche Gesundheit gegenwärtig kein erhöhtes Risiko durch die derzeit als VUM klassifizierten SARS-CoV-2 Varianten (inklusive Sublinien) gesehen. WHO<sup>1,2,3</sup> und ECDC<sup>4</sup> stufen in ihren aktuellen Bewertungen das von diesen Varianten ausgehende zusätzliche Risiko ebenfalls als gering ein und es werden keine signifikanten Auswirkungen auf die Wirksamkeit der derzeit zugelassenen COVID-19-Impfstoffe gegen schwere Erkrankungen erwartet.

Aufgrund fortlaufender Sequenzierungen kommt es regelmäßig auch zu Änderungen der Anteile zirkulierender SARS-CoV-2-Varianten für zurückliegende Berichtszeiträume. Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten, die im Rahmen der etablierten Surveillance von SARS-CoV-2 erhoben werden, sind im Dashboard abrufbar unter:

[https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS\\_Dashboard/DashboardVOC](https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC).

## Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 49. KW 2025 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und lag weiterhin unterhalb der Werte der Vorsaisons zu dieser Zeit (Abb. 7). Die SARI-Inzidenz befindet sich seit Beginn der Saison 2025/26 auf einem niedrigen Niveau.



**Abb. 7:** Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 49. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Seit der Saison 2025/26 werden die SARI-Aktivitätsbereiche in verschiedenen Graustufen abgebildet, für Details siehe „[Weitere Erläuterungen](#)“ am Ende des Berichts.

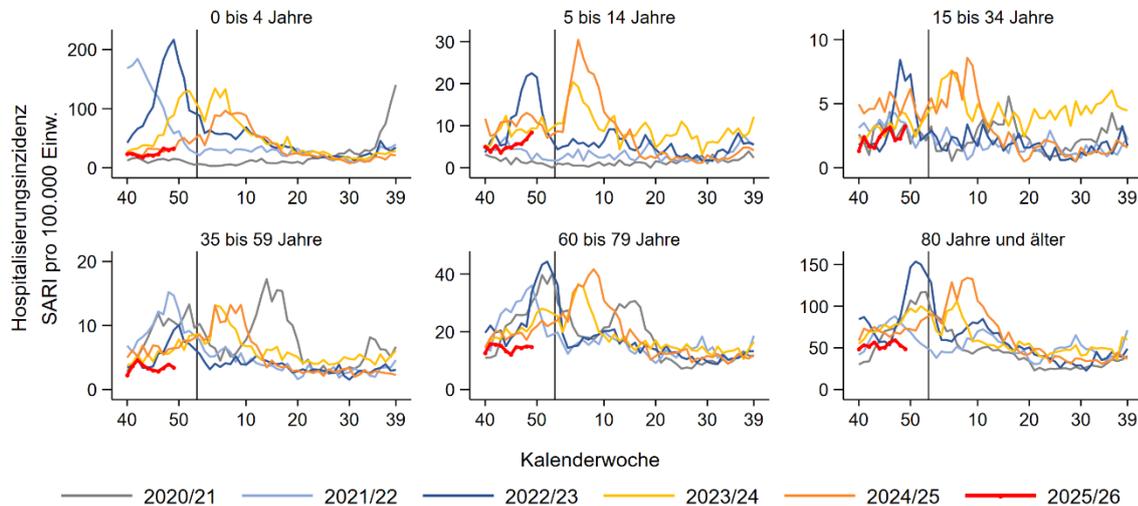
<sup>1</sup> <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

<sup>2</sup> <https://www.who.int/publications/m/item/risk-evaluation-for-sars-cov-2-variant-under-monitoring-xfg>

<sup>3</sup> [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025\\_ba.3.2\\_ire.pdf?sfvrsn=a29c3612\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/05122025_ba.3.2_ire.pdf?sfvrsn=a29c3612_4)

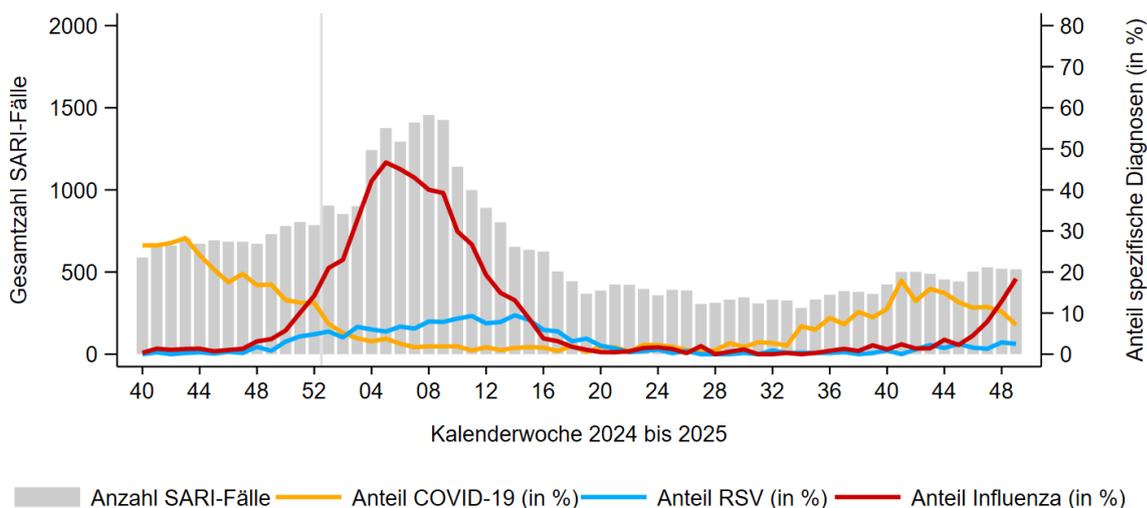
<sup>4</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-45-2025.pdf>

In der 49. KW 2025 kam es in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen zu einem leichten Anstieg, bei den 5- bis 34-Jährigen zu einem deutlichen Anstieg der Hospitalisierungen wegen SARI (Abb. 8). In den übrigen Altersgruppen ist die SARI-Inzidenz dagegen stabil geblieben oder zurückgegangen. Die SARI-Inzidenz lag in der 49. KW bei Schulkindern (5 bis 14 Jahre) und jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) auf einem moderaten Niveau, in allen anderen Altersgruppen weiterhin auf einem niedrigen Niveau.



**Abb. 8:** Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/21 bis 2025/26 (bis zur 49. KW 2025). Daten aus 65 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

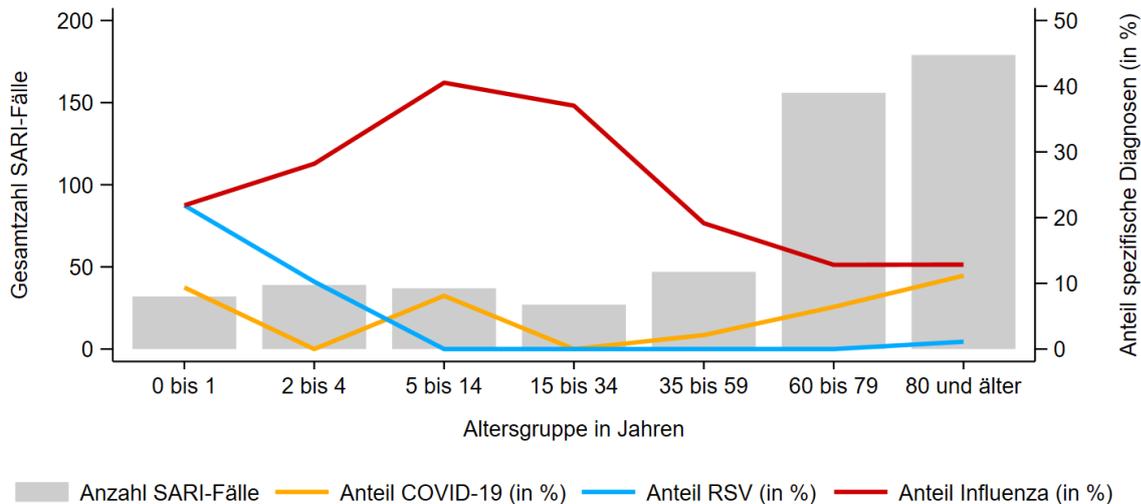
Seit der 46. KW 2025 ist ein deutlicher Anstieg der Influenza-Diagnosen bei den SARI-Patientinnen und -Patienten zu beobachten (Abb. 9), in der 49. KW 2025 wurde bei 18 % der SARI-Fälle eine Influenza-Erkrankung diagnostiziert (Vorwoche: 13 %). In der 49. KW 2025 erhielten insgesamt 7 % der SARI-Fälle eine COVID-19-Diagnose (Vorwoche: 10 %). Eine RSV-Diagnose ist bei 3 % der SARI-Fälle vergeben worden (Vorwoche: 3 %).



**Abb. 9:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen, von der 40. KW 2024 bis zur 49. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 Sentinelkliniken.

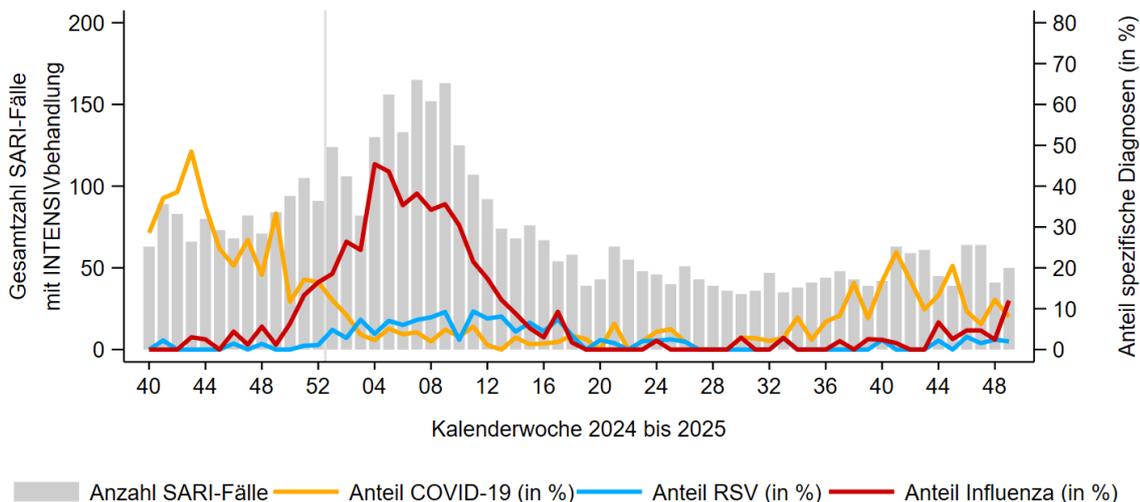
SARI-Fälle mit einer Influenza-Erkrankung sind in der 49. KW 2025 in allen Altersgruppen aufgetreten (Abb. 10). COVID-19-Diagnosen wurden in der 49. KW 2025 bei SARI-Patientinnen und -Patienten

mehrerer Altersgruppen vergeben, am häufigsten bei den ab 80-jährigen. Vereinzelt RSV-Erkrankungen sind in der 49. KW 2025 vorwiegend bei Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) diagnostiziert worden.



**Abb. 10:** Anzahl der in der 48. KW 2025 neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppe (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen (Linien, rechte y-Achse).

In Abb. 11 ist der wöchentliche Anteil spezifischer Diagnosen unter allen intensivmedizinisch behandelten SARI-Patientinnen und -Patienten dargestellt. In der 49. KW 2025 kam es zu einem Anstieg der Influenza-Diagnosen unter den intensivmedizinisch behandelten SARI-Fällen; so erhielten 12 % eine Influenza-Diagnose. COVID-19-Erkrankungen wurden in der 49. KW 2025 bei 8 % und vereinzelt RSV-Erkrankungen bei 2 % der intensivmedizinisch behandelten SARI-Fälle diagnostiziert.



**Abb. 11:** Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit Intensivbehandlung (graue Balken, linke y-Achse) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!), einer RSV-Diagnose (ICD-10 Codes J12.1, J20.5, J21.0) bzw. einer Influenza-Diagnose (ICD-10-Code J10) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, von der 40. KW 2024 bis zur 49. KW 2025 (Linien, rechte y-Achse). Daten aus 65 Sentinelkliniken.

Zu beachten ist, dass es sich um Auswertungen vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen insbesondere für die letzten Wochen noch ändern können.

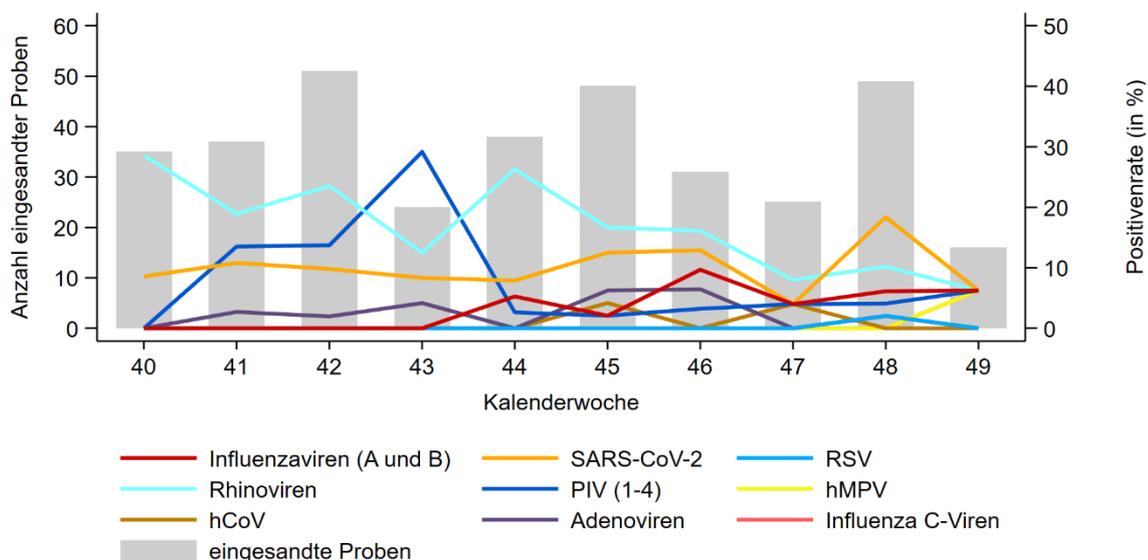
## Virologische SARI-Surveillance im Krankenhaus-Sentinel (NRZ für Influenzaviren)

Die virologische SARI-Sentinel-Surveillance umfasst zwölf Sentinel-Kliniken, die ganzjährig SARI-Patientinnen und -Patienten rekrutieren. Die Analyse der Proben erfolgt am NRZ für Influenzaviren. Dem NRZ wurden in der 49. KW 2025 aus drei der zwölf teilnehmenden Kliniken 16 Sentinelproben zugesandt. In fünf (31 %) der 16 Sentinelproben wurden respiratorische Viren identifiziert (Tab. 2; Abb. 11). In der 49. KW 2025 wurden Influenza A und B-Viren, SARS-CoV-2, humane Metapneumoviren (hMPV), Parainfluenzaviren (PIV) und Rhinoviren jeweils in einer Probe detektiert (Abb. 11). Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane saisonale Coronaviren (hCoV), Adenoviren sowie Influenza C-Viren wurden in der 49. KW nicht nachgewiesen.

**Tab. 2:** Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen der virologischen SARI Surveillance im NRZ für Influenzaviren identifizierten Atemwegsviren in der Saison 2025/26, Stand 9.12.2025.

	46. KW	47. KW	48. KW	49. KW	Gesamt ab 40. KW 2025
Anzahl eingesandter Proben	31	25	49	16	354
Probenanzahl mit Virusnachweis*	15	5	19	5	143
Positivenrate (PR)	48 %	20 %	39 %	31 %	41 %
Influenzaviren					
A (nicht subtypisiert)	0	0	0	0	0
A(H3N2)	1	0	2	0	4
A(H1N1)pdm09	2	1	1	1	6
B	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2	4	1	9	1	35
RSV	0	0	1	0	1
hMPV	0	0	0	1	0
PIV (1 – 4)	1	1	2	1	24
Rhinoviren	5	2	5	1	61
hCoV	0	1	0	0	3
Adenoviren	2	0	1	0	9
Influenza C-Viren	0	0	0	0	0

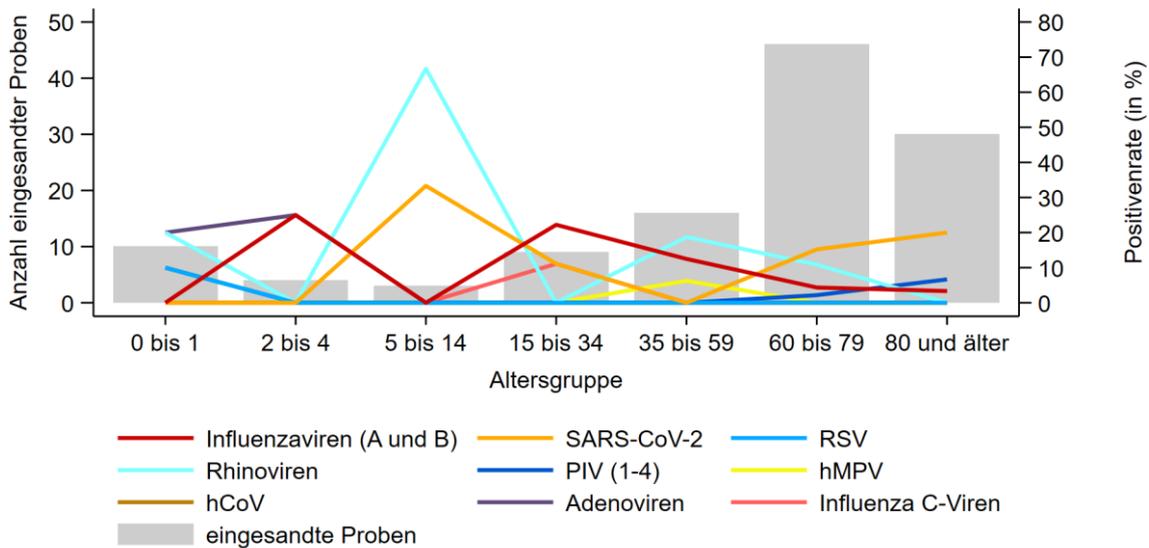
\* Die Probenanzahl mit Virusnachweis kann von der Summe der positiven Einzelnachweise abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Adeno- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.



**Abb. 12:** Anteil der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Adenoviren, Rhinoviren und Influenza C-Viren (Positivenraten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW bis zur 49. KW 2025.

Von der 46. KW bis 49. KW 2025 wurde SARS-CoV-2 in den Altersgruppen der 5- bis 34-Jährigen sowie ab 60-Jährigen detektiert. Rhinoviren wurde ebenfalls in verschiedenen Altersgruppen identifiziert, besonders häufig bei den 5- bis 14-Jährigen. Influenzaviren wurden vereinzelt bei den 2- bis 4-Jährigen

und den ab 15-Jährigen identifiziert. RSV wurde in der 48. KW erstmalig bei den 0- bis 1-jährigen nachgewiesen (Abb. 13).



**Abb. 13:** Anteil (Positivenraten; rechte y-Achse) der Nachweise für Influenzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, hMPV, PIV, Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren an allen im Rahmen der virologischen SARI-Surveillance eingesandten Proben pro Altersgruppe (linke y-Achse, graue Balken) in den vergangenen vier Wochen (46. KW bis 49. KW 2025).

## Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Influenza

Für die 49. MW 2025 wurden bislang 5.213 Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 5.209 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen (Tab. 3). Die Fallzahlen sind insgesamt in der 49. MW im Vergleich zur Vorwoche stark gestiegen und haben sich mehr als verdoppelt. Bei 948 (18 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 9.12.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 13.063 Fälle übermittelt. Davon entfallen 13.032 auf labordiagnostisch bestätigte Influenzavirusinfektionen. Bei 2.807 (22 %) Fällen wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 3).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 29 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Alle waren 60 Jahre oder älter.

**Tab. 3:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenzafälle nach Meldewoche (MW) und Influenzavirustyp/-subtyp (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	44. MW	45. MW	46. MW	47. MW	48. MW	49. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
<b>Influenza A (nicht subtypisiert)</b>	544	617	847	1.137	2.249	4.978	11.959
A(H1N1)pdm09	13	13	9	22	12	39	140
A(H3N2)	8	15	12	23	25	48	146
nicht nach A / B differenziert	18	16	19	21	31	76	240
B	49	65	53	60	53	68	547
<b>Gesamt</b>	<b>632</b>	<b>726</b>	<b>940</b>	<b>1.263</b>	<b>2.370</b>	<b>5.209</b>	<b>13.032</b>
Hospitalisierte Fälle	161	193	203	292	481	948	2.807

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

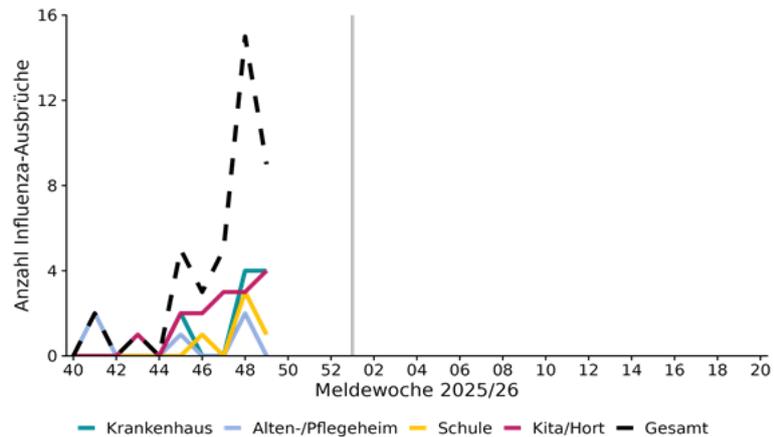
Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 40 Influenza-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die Mehrzahl davon ereignete sich im Umfeld Kita bzw. Hort sowie im Krankenhaussetting. In der 49. MW 2025 wurden bisher neun Ausbrüche übermittelt (Tab. 4).

**Tab. 4:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte Influenza-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

### Influenza-Ausbrüche

Gesamtzahl Saison	40
Krankenhaus	10
Alten-/Pflegeheim	5
Schule	5
Kita/Hort	15
sonstige Settings*	5
Anzahl Ausbruchsfälle	469
durchschnittliche Fallzahl pro Ausbruch	11,7

\*Unter sonstige Settings sind alle weiteren Settings wie z.B. privater Haushalt, Arbeitsplatz oder Freizeit zusammengefasst.



### COVID-19

Für die 49. MW 2025 wurden bislang 8.680 COVID-19-Fälle gemäß IfSG entsprechend der Referenzdefinition an das RKI übermittelt. Davon entfallen 8.591 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Bei 2.621 (31 %) von allen laborbestätigten Fällen wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren (Stand 9.12.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 63.302 COVID-19-Fälle an das RKI übermittelt. Davon entfallen 62.515 auf labordiagnostisch bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 21.870 (35 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 5).

In der Saison 2025/26 wurden bisher 521 Todesfälle mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 94 % 60 Jahre oder älter.

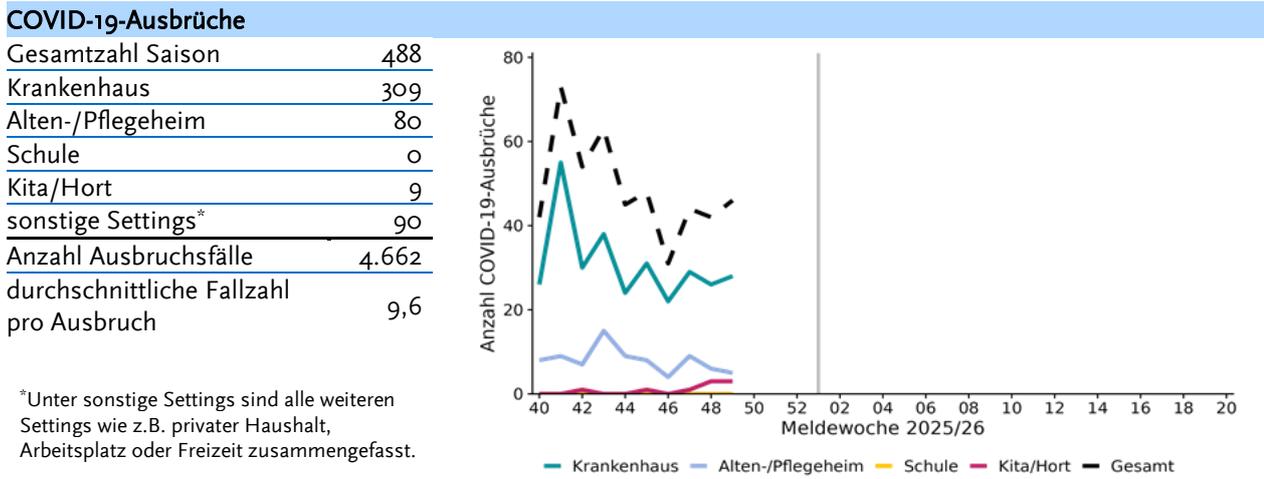
**Tab. 5:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorien C-E)

	44. MW	45. MW	46. MW	47. MW	48. MW	49. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
SARS-CoV-2	5.768	5.530	5.559	5.821	7.050	8.591	62.515
Hospitalisierte Fälle	2.098	2.138	1.896	2.013	2.316	2.621	21.870

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt 488 COVID-19-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt, die überwiegende Mehrzahl davon ereignete sich im Krankenhaussetting. In der 49. MW 2025 wurden bisher 46 Ausbrüche übermittelt (Tab. 6).

**Tab. 6:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.



**RSV-Infektionen**

Für die 49. MW 2025 wurden bislang insgesamt 390 Fälle mit RSV-Infektion gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Davon entfallen alle 366 Fälle auf labordiagnostisch bestätigte RSV-Infektionen (Tab. 7). Die Fallzahlen sind im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Bei 75 (20 %) Fällen von allen laborbestätigten Fällen wurde für die 49. MW 2025 angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Stand 9.12.2025).

Seit der 40. MW 2025 wurden insgesamt 1.430 Fälle übermittelt. Davon entfallen 1.389 Fälle auf labordiagnostische bestätigte RSV-Infektionen. Bei 432 (31 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass sie hospitalisiert waren (Tab. 7).

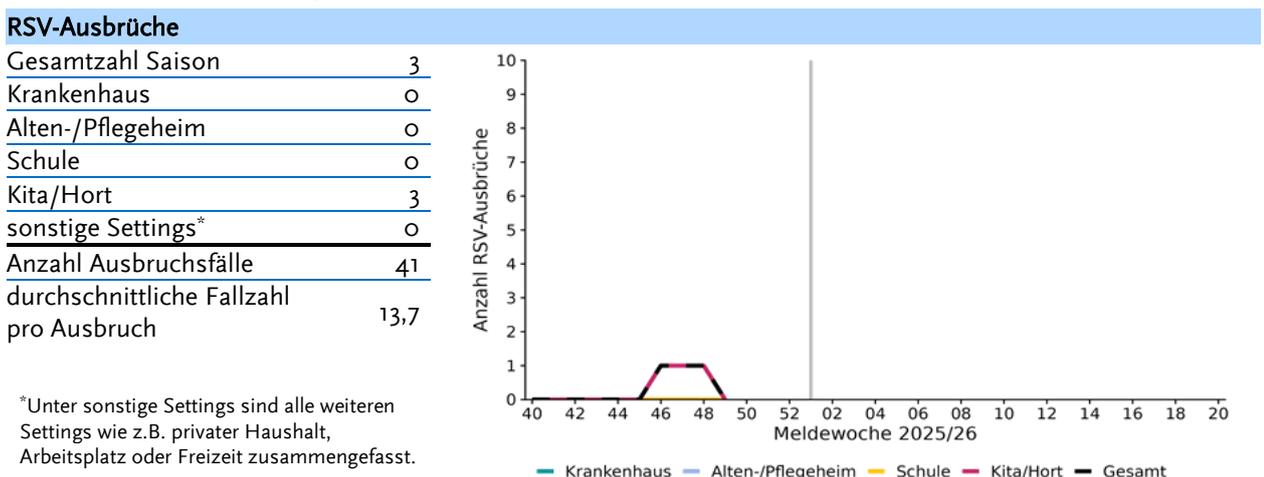
**Tab. 7:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte RSV-Infektionen nach Meldewoche (MW) (alle labordiagnostisch bestätigten Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E)

	44. MW	45. MW	46. MW	47. MW	48. MW	49. MW	Gesamt ab 40. MW 2025
RSV	92	111	155	181	275	366	1.389
Hospitalisierte Fälle	30	38	51	57	84	75	432

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Meldungen die Werte für die aktuelle Woche und die Vorwochen noch verändern können.

Bisher wurden in der Saison 2025/26 insgesamt drei RSV-Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen pro Ausbruch an das RKI übermittelt. In der 49. MW 2025 wurde bisher kein Ausbruch übermittelt (Tab. 8).

**Tab. 8:** Gemäß IfSG an das RKI übermittelte COVID-19-Ausbrüche gesamt sowie für ausgewählte Settings in der Saison 2025/26. Es wurden nur Ausbrüche mit mindestens fünf Fällen gemäß Referenzdefinition (einschließlich klinisch epidemiologisch bestätigter Fälle der RKI-Falldefinitions-kategorien B – E) berücksichtigt. Der senkrechte Strich markiert die 1. MW des Jahres.

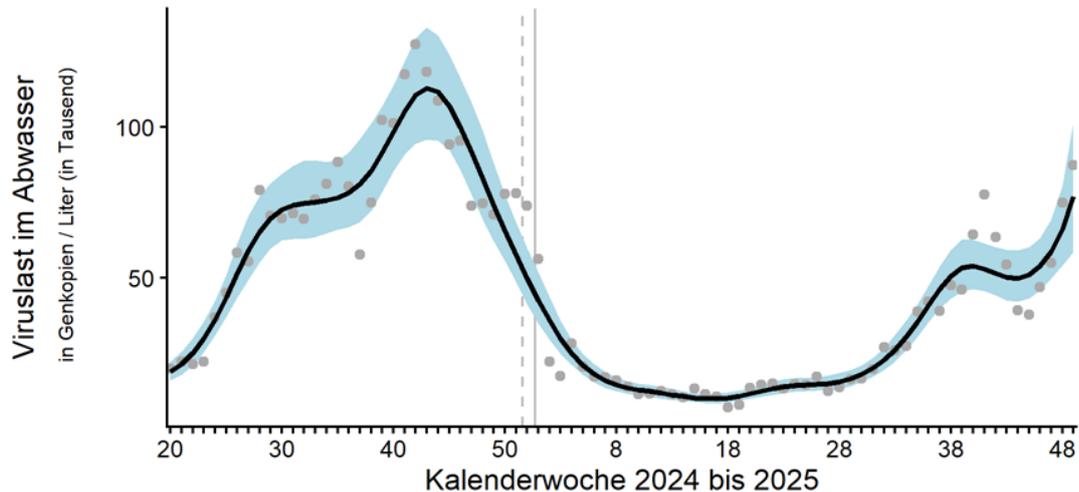


## Abwassermonitoring von respiratorischen Erregern

Im Jahr 2025 werden über 70 Kläranlagen auf SARS-CoV-2, Inflenzaviren und RSV beprobt.

### SARS-CoV-2

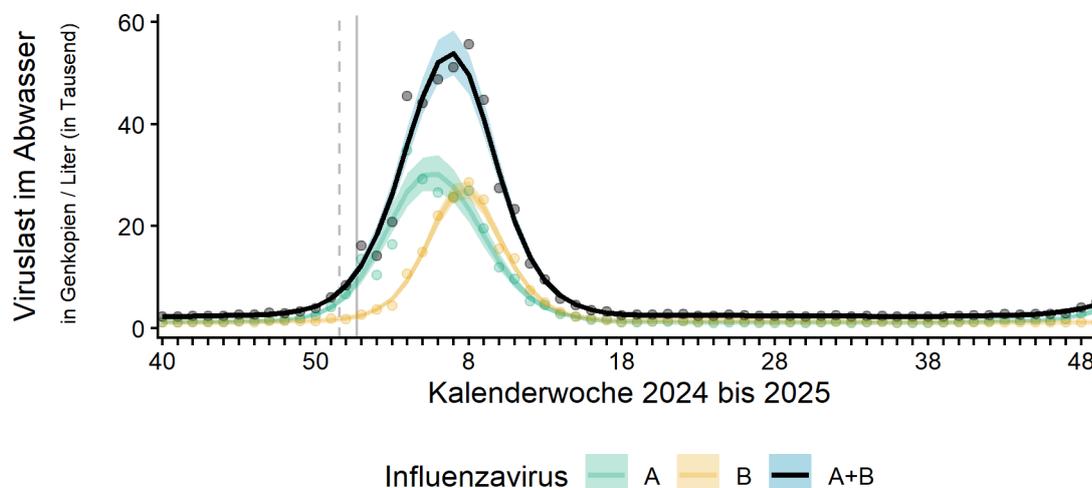
Für die 49. KW wurden Daten aus 70 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der aggregierten SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser sind in den letzten Wochen wieder angestiegen (Abb. 14).



**Abb. 14:** Aggregierte SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 9.12.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (3.12.2025, 48. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

### Inflenzaviren

Für die 49. KW wurden Daten aus 69 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der Influenza-Viruslast im Abwasser liegen für Influenza A- und Influenza B-Viren weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Für Influenza A-Viren ist die Viruslast in den letzten Wochen leicht angestiegen (Abb. 15). Ein zunehmender Anteil der Kläranlagen weist Influenza A-Viren nach (siehe auch den AMELAG [https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance\\_AMELAG\\_-\\_Wochenbericht/#/](https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance_AMELAG_-_Wochenbericht/#/)).



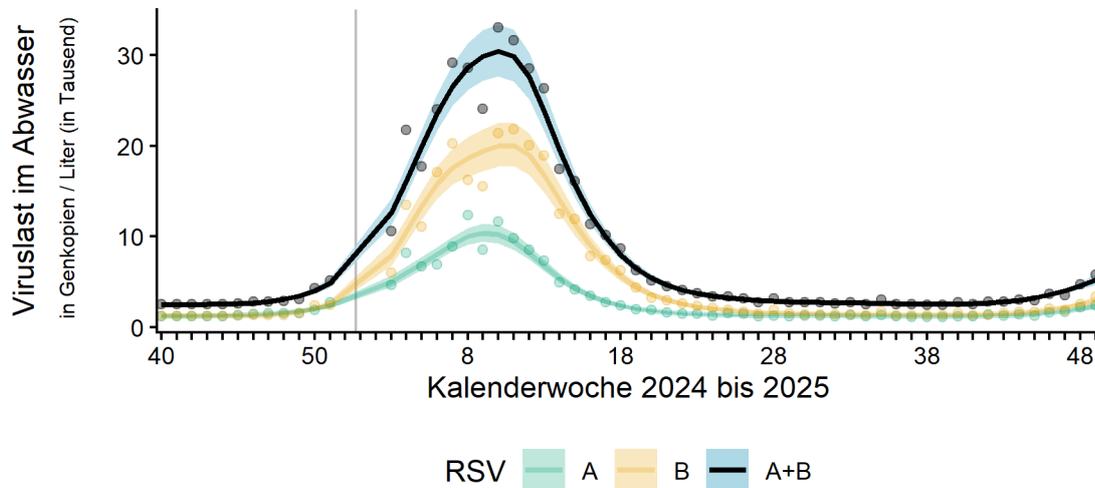
Viruslast im Abwasser  
in Genkopien / Liter (in Tausend)

Inflenzavirus — A — B — A+B

**Abb. 15:** Aggregierte Viruslast von Influenza A- und B-Viren und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktwisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 9.12.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (3.12.2025, 48. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte durchgezogene Striche markieren Jahreswechsel. Der Wechsel von der ersten zur zweiten AMELAG-Phase, der mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Kläranlagen einherging, ist mit einer vertikalen, gestrichelten Linie gekennzeichnet.

## RSV

Für die 49. KW wurden Daten aus 42 Kläranlagen ausgewertet. Die Werte der RSV-Last im Abwasser sind für RSV A und RSV B sind in den letzten Wochen angestiegen (Abb. 16).



**Abb. 16:** Aggregierte Viruslast von RSV A und B und der Summe dieser beiden aggregierten Viruslasten im Abwasser über die Zeit samt Ausgleichskurve und zugehörigen punktweisen 95 %-Konfidenzintervallen (Stand 9.12.2025, 10 Uhr). Die neuesten Daten, die in die Berechnung einfließen, sind von der Probenahme des vorherigen Mittwochs (3.12.2025, 48. KW). Gezeigt werden 7-Tage-Mittelwerte, die sich auf den Zeitraum Donnerstag bis Mittwoch beziehen. Senkrechte Linien markieren Jahreswechsel.

Die Entwicklung der Viruslast im Abwasser von SARS-CoV-2, Influenzaviren und RSV kann sich aufgrund von Nachmeldungen insbesondere in den letzten Wochen noch verändern.

Weitere Informationen sind abrufbar im aktuellen Wochenbericht der Abwassersurveillance unter: [https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance\\_AMELAG\\_-\\_Wochenbericht/#/](https://robert-koch-institut.github.io/Abwassersurveillance_AMELAG_-_Wochenbericht/#/).

## Weitere Daten und Berichte zu COVID-19, Influenza und RSV-Infektionen in Deutschland

Daten zu verschiedenen Indikatoren werden als Open Data in Zenodo und auf GitHub bereitgestellt: <https://zenodo.org/communities/robertkochinstitut> und <https://github.com/robert-koch-institut/>.

Die berechneten Inzidenzwerte akuter Atemwegsinfektionen nach Kalenderwoche in der Bevölkerung, im ambulanten sowie im stationären Bereich (Abb. 1 bis 3, Abb. 7 und 8 im ARE-Wochenbericht) werden wöchentlich aktualisiert zur Verfügung gestellt (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags):

- Daten aus der Bevölkerung (GrippeWeb-Sentinel): <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340322> bzw. [https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb\\_Daten\\_des\\_Wochenberichts](https://github.com/robert-koch-institut/GrippeWeb_Daten_des_Wochenberichts)
- Daten aus dem ARE-Praxis-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8340315> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/ARE-Konsultationsinzidenz>
- Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8382330> bzw. <https://github.com/robert-koch-institut/SARI-Hospitalisierungsinzidenz>
- Die grafische Aufbereitung der Daten ist im ARE-Dashboard realisiert (i. d. R. erfolgt die Aktualisierung donnerstags), abrufbar unter: <https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick>.

Trends relevanter Indikatoren werden im Infektionsradar des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verfügung gestellt: <https://infektionsradar.gesund.bund.de/de>.

Die wöchentlich aktualisierten Anteile der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in Deutschland sind als Dashboard abrufbar unter: [https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS\\_Dashboard/DashboardVOC](https://public.data.rki.de/t/public/views/IGS_Dashboard/DashboardVOC).

Ein Bericht über die Intensivbettenkapazität in Deutschland wird täglich veröffentlicht und ist abrufbar unter: <http://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage>.

Informationen zur Notaufnahmesurveillance akuter Atemwegsinfektionen sind im Dashboard unter <https://public.data.rki.de/t/public/views/Notaufnahmesurveillance/DashboardSyndrome> zu finden.

Übermittelte COVID-19-Fälle sowie andere nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige Krankheitsfälle und Erregernachweise sind über [SurvStat@RKI](mailto:SurvStat@RKI) individuell abfragbar: <https://survstat.rki.de/>.

Angaben der Abwassersurveillance (AMELAG) zur Viruslast von SARS-CoV-2, Influenza A -und B-Viren sowie RSV werden wöchentlich aktualisiert als Open Data auf GitHub / Zenodo bereitgestellt: [https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance\\_AMELAG](https://github.com/robert-koch-institut/Abwassersurveillance_AMELAG) bzw. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10782701>.

Informationen zum Impfgeschehen in Deutschland, auch mit Angaben zu den Influenza Impfquoten, werden auf dem Dashboard „VacMap“ zur Verfügung gestellt: <https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/StartdashboardNavigation>.

## Weitere Erläuterungen

ARE/SARI-Aktivitätsbereiche: Seit der Saison 2025/26 wird die ARE- und SARI-Aktivität in den syndromischen Sentinel-Systemen (GrippeWeb, ARE-Praxis-Sentinel, SARI-Krankenhaus-Sentinel) in Aktivitätsbereiche eingeteilt und berichtet. Dabei werden für jedes Sentinel-System alle berechneten Wochenwerte (Inzidenzen) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons (für die Saison 2025/26: 2016/17, 2017/18, 2018/19, 2023/24 und 2024/25) genutzt und daraus Perzentile berechnet. Anhand der Perzentile aus den Wochenwerten werden die Grenzen der Aktivitätsbereiche definiert und folgendermaßen klassifiziert: 0 bis <30 % = sehr niedrig | 30 bis <60 % = niedrig | 60 bis <90 % = moderat | 90 bis <99 % = hoch | ≥99 % = sehr hoch. Weitere Details sind nachzulesen in den [RKI-FAQ zu ARE](#).

### Autoren und Redaktionsteam:

Tolksdorf K, Krupka S, Prahm K, Preuß U, GrippeWeb-Team, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Wedde M, Duwe S, Gvaladze T, Wunderlich J, Staat D, Schilling J, Lehfeld AS, Cai W, Kerber R, Kröger S, Hackmann C, Erdwiens A, AMELAG-Team, Hilbig A, Haas W

### Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: ARE-Wochenbericht KW 49/2025 | DOI: 10.25646/13584